

NEWSLETTER DI SCIENZA & VITA



N°73 | Edizione Maggio 2014

Focus: Codice deontologico dei medici

Biblionote

Biofrontiere

ContrAddetti

Mediapiù Mediameno

ASSOCIAZIONE
SCIENZA & VITA[®]
ALLEATI PER IL FUTURO DELL'UOMO

Sommario

FOCUS CODICE DEONTOLOGICO DEI MEDICI

Una buona deontologia fa una buona medicina. E una società migliore <i>Manifesto dell'Associazione Scienza & Vita</i>	4
Le insidie del riduzionismo etico nel Codice deontologico medico <i>di Paola Ricci Sindoni</i>	6
Un'antropologia fondata sul rispetto della dignità della persona <i>di Massimo Gandolfini</i>	9
Nessun Codice può normare totalmente la responsabilità professionale <i>di Gemma Migliaro</i>	11

BIBLIONOTE

San Giovanni Paolo II Un'introduzione al suo Magistero <i>di Chiara Mantovani</i>	13
--	----

BIOFRONTIERE

Assistenza ai malati terminali: c'è ancora molto da fare <i>di Ilaria Nava</i>	14
---	----

CONTRADDETTI

Codice etico e convocazioni. Dove finisce la correttezza? <i>di Giulia Galeotti</i>	16
--	----

MEDIAPÌÙ MEDIAMENO

E' un certo esercizio del potere che uccide la speranza <i>di Andrea Piersanti</i>	17
---	----

Direttore responsabile: Emanuela Vinai

Note legali

Associazione Scienza & Vita | 06-68192554 | Lungotevere dei Vallati 10 - 00186 Roma | CF 97404790582 | Iscrizione ROC n. 14872

AMORE & VITA

XII CONVEGNO ASSOCIAZIONE
NAZIONALE SCIENZA & VITA
XIV INCONTRO
ASSOCIAZIONI LOCALI

23-24 MAGGIO 2014
CENTRO CONGRESSI
VIA AURELLA, 796 ROMA



QUESTIONI DI CUORE
E DI RAGIONE
TRACCE PER UN
PERCORSO FORMATIVO
ALL'AFFETTIVITÀ
E ALLA SESSUALITÀ

VENERDÌ 23 MAGGIO

SABATO 24 MAGGIO

14.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI Lavori in Plenaria	16.30 GRUPPI DI LAVORO In parallelo GRUPPO 1	<i>Consistenti</i> Prof. Massimo Gandolfini Neurologo, dir. dip. neuroscienze Fondazione Poliambrosiana; vicepresidente naz. Ass. S&V	GRUPPO 4 Baciami, stupidi! Dinamiche psicologiche delle relazioni affettive	09.00 GRUPPI DI LAVORO In parallelo, elaborazioni conclusive
15.00 SALUTI DELLA PRESIDENZA	Non è questione di pillole Piu' amore e conoscenza del proprio corpo <i>Consistenti</i> Dott.ssa Emanuela Lulli e Dott. Paolo Marchionni Ginecologa e medico legale; coniugi e congiuglieri naz. Ass. S&V	Prof. Franco Gannizzaro Docente, specialista in Pedagogia, Biocetica e Sessuologia; presidente Ass. S&V S. Alessio in Aspromonte	<i>Consistenti</i> Dott.ssa Daniela Notarfonso Medico bioeticista; vicepresidente naz. Ass. S&V	10.00 COFFEE BREAK Lavori in plenaria
15.15 INTRODUZIONE Prof.ssa Paola Ricci Sindoni Ordinario di Filosofia morale, Univ. di Messina; presidente naz. Ass. S&V	La bellezza del rapporto interpersonale Dott. Giancarlo Ricci Psicoterapeuta	Prof.ssa Chiara Paganuzzi Docente in scienze matematiche; vicepresidente Ass. S&V Brescia.	Prof.ssa Letizia Marino Docente e pedagogista clinica; presidente Ass. S&V Gaiolefiorentino	10.30 I GRUPPI DI LAVORO «Presentano: ...»
16.00 La meraviglia della generazione umana Prof. Bruno Mozzanega Ginecologo, ricercatore Univ. di Padova; presidente Ass. S&V Venezia	GRUPPO 2 Io Tarzan, tu Jane: ancora possibile? Identità sessuale e gender	Fatti per amare Antropologia dell'amore <i>Consistenti</i> Dott.ssa Chiara Mantovani Medico bioeticista; consigliere naz. Ass. S&V	VE LO FACCIAMO VEDERE NOI? Serrata giovani (spazio organizzato dai ragazzi)	12.30 CONCLUSIONI Prof.ssa Paola Ricci Sindoni Presidente naz. Ass. S&V
		GRUPPO 3 Fati per amare Autopsicologia dell'amore <i>Consistenti</i> Dott.ssa Chiara Mantovani Medico bioeticista; consigliere naz. Ass. S&V	ASSEMBLEA GENERALE ASSOCIAZIONE NAZIONALE SCIENZA & VITA	13.00



CODICE DEONTOLOGICO: PARLARNE FA BENE

La vicenda travagliata che ha portato al varo del nuovo Codice Deontologico dei medici ha visto *Scienza & Vita* in prima linea nel seguire e partecipare al dibattito. L'attività dell'associazione è stata improntata all'analisi critica e, soprattutto, alla propositività. Lo abbiamo fatto con il Manifesto "Una buona deontologia fa una buona medicina. E una società migliore", pubblicato e divulgato nel settembre 2013 e che qui vi ripresentiamo. Lo abbiamo ribadito con la partecipazione attiva alle fasi di consultazione al tavolo della FnomCeo il 5 aprile scorso. Le riflessioni e i commenti che qui proponiamo sono, per ovvie ragioni editoriali, antecedenti all'approvazione del nuovo Codice votato domenica 18 maggio. Rappresentano però un contributo dinamico e vivo su questioni che ancora ci interpellano.

Emanuela Vinai
Direttore responsabile

Riforma del Codice di Deontologia Medica
Manifesto dell'Associazione Scienza & Vita

UNA BUONA DEONTOLOGIA FA UNA BUONA MEDICINA. E UNA SOCIETÀ MIGLIORE.

Convinti che la deontologia medica sia un patrimonio comune della professione e di tutti i medici, persuasi che una buona deontologia fondi anzitutto il corretto esercizio dell'arte medica e tuteli il bene comune, non possiamo tacere il nostro unanime sconcerto a fronte di gravi stravolgimenti in atto con la revisione del Codice di deontologia medica.

"Deontologia" significa etimologicamente "conoscenza dei doveri" e le proposte di modifica del testo sembrano ignorarlo. Da questa premessa basilare, nascono e si evidenziano tre nodi critici principali:

1. La perdita del senso stesso della nozione di deontologia: attraverso l'abolizione in più punti del "dovere" relativo ai comportamenti medici, si rende il codice poco più che un *gentlemen's agreement*.

2. Lo svuotamento della relazione medico-paziente: trasformata in un rapporto di obbligazioni e prestazioni in cui l'alleanza di cura cede il passo a un sistema contrattualistico.
3. La riduzione di un testo vitale a mero mansionario: un manuale di istruzioni non esaustivo, un manifesto aziendale lontano dalla valorizzazione della professionalità. Siamo medici, non burocrati.

Inoltre, pena la perdita del senso e del significato dell'essere medico, è necessario respingere con forza variazioni ed emendamenti che minano le basi della dignità della professione e della sua opera educativa. Ci riferiamo in particolare alle proposte di modifica dei seguenti articoli:

- Art. 1: **si prevede una generica conoscenza delle norme e scompare il dovere del giuramento** - Non vi è reale equivalenza tra prestare un giuramento o sapere che questo stesso giuramento esiste. Eliminare l'obbligo del Giuramento – ricalcando con il nuovo l'antico di Ippocrate – ne indebolisce i doveri. Oltre a ciò, si definisce il Codice come *corpus* normativo, assimilandolo ad una fonte del diritto e compiendo un passaggio decisamente autoreferenziale, contraddetto dalla scomparsa proprio degli obblighi espressi precedentemente dall'espressione "il medico DEVE".
- Art. 3: **è introdotto il termine "genere"**- Una parola entrata nel linguaggio comune, ma con un'accezione critica nei confronti della differenziazione sessuale biologicamente determinata. Al linguaggio medico appartiene invece il termine "medicina di genere", che indica precisamente le cure e le terapie rivolte e adeguate per i disturbi e le patologie caratteristiche della femminilità e della mascolinità. Usare nel codice deontologico un'espressione culturalmente discussa, rischia di avallare una posizione ideologica che nulla ha a che fare con gli atti medici, ma che riguarda preferenze personali che non rilevano nella valutazione clinica.
- Art. 4: **viene mutato il fondamento** - L'esercizio della professione medica non è primariamente fondato su principi di libertà, autonomia e responsabilità individuale, bensì sui principi del rispetto della vita e della salute fisica e psichica, senza le quali non è possibile affermare e coniugare i principi di libertà e autonomia

- Art. 16 e Art. 20: **si introduce un pericoloso automatismo tra richiesta del paziente e prestazione medica** - Il medico “tiene conto” dei desideri del paziente e li valuta correttamente in scienza e coscienza all’interno di un percorso di cura, pena lo spoglio della propria competenza specifica. E, nell’art. 20, **il rispetto dei diritti fondamentali della persona non è più il fondamento della relazione medico-paziente**, ma sembra che il principio di autodeterminazione stia alla base del rapporto tra i soggetti, cosicché l’unico criterio applicabile è quello contrattualistico, cancellando una sempre più profonda alleanza di cura tra medico e paziente.
- Art. 17: **è sostituita “eutanasia” con “trattamenti finalizzati a provocare la morte”** - Una sostituzione solo apparentemente semantica che impedisce di sottolineare la gravità deontologica di una simile condotta: il medico è sempre per la cura, non per la morte.
- Art. 22: **l’obiezione di coscienza è abolita** - È sostituita da “convincimenti etici” o da una vaga “clausola di coscienza” che, tanto nel merito quanto nel contenuto, sono espressioni per nulla sinonimi e minano la libertà e la pregnanza dell’obiezione. Anche sul piano del diritto va sottolineato che il valore “coscienza” è costituzionalmente riconosciuto, affermato e garantito. Sono poi cancellate due caratteristiche fondamentali del documento che esonera dall’obiezione: “grave” e “documentato”. Vanno ripristinate, perché senza di esse si apre la deriva di una soggettiva valutazione del danno e l’articolo rende i medici meri esecutori delle richieste di tutti.
- Art. 38: **viene introdotta la fattispecie delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento** - Non si può riconoscere forza cogente a ciò che non c’è. Ad oggi le Dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT) non esistono: nel momento in cui ci fosse una legge del Parlamento a definirne caratteristiche e confini, sarà la stessa norma di legge a darne il peso operativo.

Se non saranno annullate queste modifiche contenute nella bozza del nuovo Codice, emergeranno le caratteristiche di nebulosità e complessità ingiustificatamente introdotte e diverrà di laboriosa e difficile applicazione anche il ruolo degli Ordini dei Medici e dei loro Presidenti, sia nella gestione disciplinare dei propri iscritti, sia nella tutela dei cittadini che a loro si rivolgano.

Per questi motivi, dopo aver esposto nelle sedi opportune perplessità e criticità rilevate dai medici già presenti nei Consigli degli Ordini, con questo appello ci rivolgiamo a tutti i colleghi che - in quanto professionisti della salute - hanno titolo a valutare un Codice di Deontologia Medica e, allo stesso tempo, anche a tutti i cittadini che sono i soggetti destinatari della cura medica, il cui titolo ad esprimersi risiede nella dignità umana e nel diritto ad essere curati.

Il Codice deontologico è uno strumento che incide significativamente sullo svolgersi quotidiano della professione di molti e della vita di ciascuno: difendiamolo da inadeguatezze, approssimazioni ed equivoci.

Una buona deontologia fa una buona medicina e contribuisce a una società migliore, a vantaggio di tutti.

Roma, 6 settembre 2013



CODICE 1 | Relazione del 10 maggio 2014

LE INSIDIE DEL RIDUZIONISMO ETICO NEL CODICE DEONTOLOGICO MEDICO

di Paola Ricci Sindoni*

Come una buona parte, ormai, dei documenti ufficiali dell'apparato pubblico, connessi ad un'etica condivisa, anche la bozza del nuovo Codice di deontologia medica risente prepotentemente della pressione culturale di un nuovo paradigma, quello del riduzionismo etico.

Basta infatti penetrare all'interno della ristrutturazione semantica di alcuni termini linguistici presenti nel Codice, per accorgersi di questa svolta, che conviene analizzare criticamente non tanto, o non solo (come in genere si fa) per contrapporvi un altro universo di comprensione di tipo valoriale, quanto per individuarne alcune evidenti contraddizioni che lo rendono insostenibile, ossia non giustificabile logicamente, razionalmente.

Si può dunque provare a leggere il Codice, caratterizzandolo – a mo' di ipotesi – come un vero e proprio manifesto riduzionista. Basta fare qualche esempio:

1. Art. 1: riduzione del dovere del giuramento ad una generica conoscenza delle norme.
2. Art. 3: riduzione della differenza sessuale al modello del "genere".
3. Art. 16, 20: riduzione del medico a mero esecutore di procedure
4. Art. 16: riduzione del malato ad assistito
5. Art. 16,20: riduzione della cura a procedura
6. Art. 16,20: riduzione della persona ad individuo. E così via ...

Mi pare ci siano tutti gli elementi per procedere ad una decostruzione del Codice, tenendo presente che il termine "riduzione" non va tanto inteso – come si fa usualmente – come una diminuzione, una contrazione (del tipo: come ti sei *ridotto*...), e che attiene ad un giudizio morale, quanto ad un mutamento linguistico, che segnala un mutamento culturale. Insomma, più che prendere atto del cambiamento, proponendo le proprie convinzioni morali, occorre chiedersi come e perché è avvenuto questo salto, così da entrare dentro il dinamismo di questo paradigma ed individuarne i meccanismi inceptati.

Complici le straordinarie scoperte della medicina, soprattutto delle neuroscienze, preposte in particolare a localizzare in determinate aree cerebrali molte delle nostre funzioni cognitive ed emotive, prima affidate alla riflessione del mondo psicologico e spirituale, ed ora parte integrante del nostro sistema biologico-organico,

si è oggi propensi a considerare l'essere umano come un vivente accanto ad altri viventi (anche sulla scia delle dottrine evoluzioniste).

Si tende in tal senso a superare la dimensione spiritualistica dell'essere umano, per accettare una visione, come dire, *somacentrica*, quella cioè che guarda all'uomo come un corpo vissuto, quello che ogni medico "vede" nella sua pratica clinica. Tale svolta antropologica, che a prima vista appare auspicabile, dimostra però alcuni rischi – come si vedrà – dal momento che le scienze mediche ed anche quelle umane (psicologia, sociologia, e una certa filosofia) tendono ormai a comprendere l'esistente come una somma o una interazione di tre componenti essenziali, *la materia, l'energia e l'informazione biologica* (grazie agli esami del DNA).

Da questa formulazione basilare del paradigma riduzionista ne deriva una serie di conseguenze teoriche e pratiche che occorre segnalare, e che possono essere individuate grazie ad almeno tre differenti registri:

1. La presa d'atto delle pretese manipolative e dispositive della tecnoscienza
2. La negazione della realtà propria della soggettività umana
3. Il predominio del relativismo, derivante dalla convinzione che i valori non sono né tematizzabili, né conoscibili, ma sono soltanto da considerare delle *preferenze*.

Vediamo **il primo punto**: ormai il termine tecnoscienza è il più accreditato per descrivere il rapporto fra scienza e tecnica. Tradizionalmente la distinzione tra scienza e tecnica veniva ad identificarsi con quella più generale tra mezzi e fini (la scienza stabilisce gli obiettivi, i fini della ricerca; la tecnica si limita ad offrirle gli strumenti più adeguati per realizzarla). La scienza è ciò che garantisce la conoscenza del reale, ed è – o dovrebbe essere – una delle possibili letture della realtà, accanto ad altre letture, come quella giuridica, religiosa, artistica e altro. Tutt'altro è la tecnica, che – come sanno bene i medici nella loro pratica clinica – è l'insieme degli strumenti utili per la lavorazione e manipolazione della realtà, in questo caso biologica, che è affetta da malattia. Di per sé, dunque, la tecnica non può individuare da se stessa le proprie finalità. Eppure oggi – a ben pensare – la tecnica ha preso il sopravvento sulla scienza, diventando ormai un "giudizio di valore", valendo cioè di per sé, indipendentemente da ogni altro riferimento esterno e



perciò fissando i suoi scopi, costituendosi come potenza primaria, indiscutibile, assoluta, libera da qualsiasi altro ordine. Neppure la scienza può ormai indirizzarla o limitarla: è come se la tecnica avesse preso congedo dalla sua matrice, diventandone la sua dimensione pragmatica, sciolta da qualsiasi legittimazione sia etica che giuridica. E' il potere della tecnoscienza che – ad esempio – ha fatto balbettare un giudice di Milano, quando – qualche settimana fa' – accettando come unica verità il potere tecnoscientifico della riproduzione umana (in questo caso la tecnica dell' "utero in affitto") ha assolto la coppia, che si era recata per questo in India. La motivazione della sentenza è un esempio eclatante della potenza del riduzionismo: dal momento che esiste questa possibilità (l'utero in affitto) finalizzata alla nascita di un figlio, non si vede il perché debba essere negata la richiesta di una madre. Detto altrimenti: questa cosa si *può* fare, quindi chi vuole, la utilizzi; non c'è altro riferimento giuridico o etico da cercare. La tecnica *vale* di per sé. Vale la pena segnalare subito l'evidente contraddizione insito in questo procedimento: si assolutizza questo unico approccio conoscitivo della realtà, che diventa "valore" – la tecnoscienza – surclassando ogni altra forma di sapere sulla realtà e sull'uomo. Solo la tecnoscienza ha diritto di legittimazione, sia sociale che giuridica, salvo poi applicarsi al cosiddetto "caso singolo". Detto in altri termini, siamo di fronte ad una manifestazione esplicita di riduzionismo: perché, infatti, non tener conto di altre forme di conoscenza, come quella giuridica, etica, religiosa, estetica o altro?

Vediamo ora **il secondo punto**: la negazione della soggettività umana. La riduzione della persona ad essere vivente, per cui l'esistente si riduce ai fenomeni fisici, empiricamente osservabili e riconducibili a leggi fisiche, chimiche, biologiche, comporta necessariamente la scomparsa di ogni riferimento spirituale e valoriale, ossia universale (valido cioè per tutti gli uomini). Attenzione: non si dice che i valori non ci sono più, ma che sono scelti in riferimento all'esperienza della propria libertà, del proprio corredo emozionale. Sfuggendo ai parametri fiscalisti, questi vari mondi di valore sono *fuori* da ogni considerazione conoscitiva, dunque da qualsiasi pretesa di *valere* per tutti. E' il cosiddetto "non cognitivismo etico", quello che ha fatto dire al giudice di Milano, che ha assolto quella coppia, che "la stessa definizione della maternità è ormai controversa". Come dire che senza il fondamento proprio del potere della tecnoscienza, tutto risulta s-fondato: il valore antropologico ed etico della "maternità" non è più legittimato in base al senso comune, ad esempio, ad un modello culturale, ma solo in riferimento allo scenario deciso dalla tecnoscienza, non più soggetta alle tradizionali sfere di legittimazione, ma retta da se stessa, dunque soggetta solo alla scelta individuale. E' maternità ciò che decido io essere tale. E' appunto l'individuo, sganciato dalla comunità, che decide al singolare; ogni riferimento sociale o politico è destinato ad arretrare, salvo ad essere chiamato in causa per legittimare ulteriormente le scelte personali. Questo modello riduzionistico sembra esaltare la libertà personale, dunque consono alla dimensione del soggetto, salvo però *ridurlo* ad un vivente isolato da ogni contesto di riferimento, che non sia quello che lo riporta alla mobile fluidità delle relazioni sociali.

Emerge qui la contraddittorietà del modello riduzionista: da un lato ciascuno è padrone di se stesso, dall'altro, mancando ogni mediazione e relazione sociale, che lo lega ad una comunità, diventa antagonista di ogni altro. Il nuovo Codice non è che l'espressione della lotta individuale per i propri diritti individuali, quella che contrappone l'individuo malato versus l'individuo medico: in tale contesto non è solo il paziente a voler a tutti i costi l'ottimizzazione delle prestazioni, ma è anche il medico che, per difendersi, finisce per diventare un mero esecutore di procedure, svuotate ormai del carattere soggettivo della relazione di cura. Il frutto maturo del riduzionismo sembra dunque manifestarsi come ipertrofia della volontà individuale, che trova la sua massima espressione nella pervasività delle teorie di *gender*. Il nucleo teorico, anzi ideologico, di questa rivendicazione sta nell'intenzione di ribaltare, per scelta privata, il nesso fra natura e cultura. Eliminando la base biologica della differenziazione sessuale, al fine di privilegiare la scelta individuale, si dice –in termini paradossali – che conta soltanto ciò che vogliamo essere, capaci cioè di ribaltare il modo in cui usualmente la natura e la società vede l'uomo e la donna. Anche in questo caso vale la stessa procedura: spingere per interventi normativi specifici (dunque di un valore per tutti) per una scelta che si ritiene essere strettamente individuale, ossia non sindacabile, né condivisibile. Il cortocircuito sociale di questa prassi è evidente: o le pratiche della libertà vanno lasciate alla sfera privata (senza cioè interventi esterni), oppure si riconosce che una esigenza individuale è anche sociale, collettiva, con tutte le esigenze di riconoscimento politico che queste comportano. Nel caso del paradigma riduzionista tutto procede all'interno di un cortocircuito contraddittorio: desiderio individuale e legittimazione giuridica, saltandone la dimensione sociale (che viene in ogni caso espunta). E' in tale scenario che va vista l'espressione: "medicina di genere" che nel quadro di riferimento della medicina indica –come è noto – tutto il ventaglio delle cure e delle terapie proprie delle patologie relative alla femminile che al maschile. Usare nel nuovo Codice questa espressione rischia di avallare una posizione ideologica che nulla ha a che fare con gli atti medici. Come ormai si sa, infatti, il "genere" è la "riduzione" culturale del dato biologico, pretesa dalla volontà dell'individuo di autoriconoscersi in una forma privata, che in modo contraddittorio vuole legittimazione culturale e giuridica. Ciò che viene psicologicamente avvertito, che va riconosciuto anche con la successiva correzione del dato anagrafico, diventa la cifra, peraltro sempre reversibile, della volontà desiderante dell'individuo. E la medicina come deve muoversi in questo contesto? Ancora una volta il riduzionismo è il sintomo di una patologica rappresentazione dell'individuo, ormai deprivato del contesto relazionale, quello che garantisce – da sempre – il suo riconoscimento sociale e comunitario.

Conviene muoversi ora dentro **il terzo punto**, quello rappresentato dalla ormai diffusa atmosfera del relativismo. A prima vista, qui le cose sembrano pacificarsi: ognuno fa le sue scelte, i valori condivisi non sono riconoscibili se non all'interno del proprio gruppo di riferimento, dunque, il problema non c'è! Ognuno scelga la propria famiglia linguistica e valoriale e vi rimanga! Senza peraltro intaccare lo spazio degli altri.



Ma il nuovo Codice garantisce questa reciproca libertà? O non appare invece come un manifesto impositivo e a tratti dogmatico? Come stanno le cose, allora? Convieni procedere con ordine, anche se per sommi capi. Gli argomenti del relativismo si dimostrano al riguardo i più subdoli, dal momento che si ammantano del riferimento al principio di tolleranza, secondo cui dentro una società complessa, come la nostra, occorre attrezzarsi al fine di legittimare la civile convivenza di ogni orizzonte valoriale. Ciascuno – così si dice – può tener fede a principi, valori, giudizi morali, convincimenti religiosi, che sono validi solo all'interno del proprio gruppo di riferimento: sopporre che un gruppo possa prevalere su di un altro, pretendendo un riconoscimento generale, significherebbe – così si argomenta – cadere nell'intolleranza e nel dogmatismo. A tal fine, come sta avvenendo al nuovo Codice deontologico, occorre costruire uno spazio linguistico *neutro*, o più esattamente neutrale, indifferente verso le singole preferenze etiche, e dunque anestetizzato, pena l'esposizione a conflitti intolleranti. Ad esempio: il termine *persona* è semanticamente denso, perché riferito a contesti spiritualistici propri del personalismo cristiano, dunque va evitato. Denominare il vivente uomo con il termine *individuo* significa neutralizzare nello spazio pubblico un valore, quello della *persona*, che non è più condiviso, e dunque contribuire ad una atmosfera più asettica, dove valori diversi possono – così si dice – convivere. Il relativismo, in altri termini, non pretende di convincere alcuno della bontà di quello o quell'altro orizzonte di senso, né si vuole far carico delle differenze, che comporterebbero la fatica del confronto, e la successiva necessità di ricercare insieme delle soluzioni condivisibili. Il suo intento, al contrario, è quello di creare, complici la pervasività dei media, le condizioni culturali più sensibili, al fine di ottenere il riconoscimento normativo di ogni mondo valoriale, secondo questo argomentare: ognuno si tenga i suoi valori di riferimento; se questi si moltiplicano, la società ha il dovere di garantirli tutti. Apparentemente questa motivazione appare ambigualmente condivisibile: perché rifiutare le differenze e non lasciare spazio a tutti? Perché voi cattolici non vi arrendete al fatto di costituire ormai una cultura di minoranza? Siamo ormai – così si argomenta – in una società complessa dove l'interculturalità e la presenza di opzioni morali diversificate costituiscono la realtà di fatto.

Ed è proprio qui che le contraddizioni del relativismo si fanno più evidenti: infatti invece di proporre dinamiche sociali rispettose delle differenze, si assiste paradossalmente a politiche dell'identità. Il nuovo Codice ne è un esempio: captando le nuove "parole d'ordine" e sensibile a chi fa più rumore, a chi è disposto a mobilitarsi, coinvolgendo l'opinione pubblica, si rifiuta – più o meno velatamente – di ricercare qualsiasi criterio oggettivo su cui misurarsi. Molti di noi – credo – hanno fatto esperienza dell'impossibilità a confrontarsi con argomentazioni razionali con chi si identifica con il relativismo.

L'argomento alla fine è sempre lo stesso: richiamo alla inevitabilità dei punti di vista e chi pone principi di verità etica condivisibili o quantomeno razionalmente argomentabili, viene tacciato di intolleranza, e i valori degli altri sono condannati come banali credenze.

Visto l'impossibilità – così si dice – di un bilanciamento di valori contrapposti, anche la finalità – quella più ovvia – di qualificare eticamente le pratiche umane secondo le tipologie di "giusto/ingiusto, corretto/scorretto, leale/sleale e così via, anche questa pratica di confronto sembra oggi preclusa. Dunque da un lato riconoscimento al singolo della più ampia libertà possibile, che tutti devono riconoscere, dall'altro incapacità di garantire questa stessa libertà che non richiede ormai alcuna legittimazione condivisa, ossia socialmente vincolante. Tanto è vero che, se qualcuno obietta, viene subito tacciato come intollerante e ridotto al silenzio.

Ed ancora: compiendo l'intera parabola decostruttiva dell'umanesimo occidentale, il relativismo ha finito per distruggere il vivente uomo, senza offrire altra alternativa che una forma dell'umano, sganciato da ogni legame, esaltato sul piano del diritto individuale, privo ormai di qualsiasi relazione/legame sociale. Non è certo un caso che oggi siano ormai banditi i diritti sociali, surclassati dall'ipertrofia della volontà del diritto, espresso al singolare.

Che fare in questo contesto tanto problematico, quanto disarmante? Occorre un grande lavoro, fatto di trasparenza e di resistenza, rafforzato dalla convinzione etica di dover produrre una sana critica della ragione, capace di abbattere i pregiudizi – da qualsiasi parte essi provengano – così da restituire lo spazio ad un confronto serio, che rispetti la pluralità dei punti di vista senza annullare la condivisibilità sociale dei valori, mediante una pratica etica, fatta di confronto e di dialogo, volta a rifiutare il totalitarismo del pensiero unico.

E' bene infine notare che quando si parla di etica non si allude tanto ad una piattaforma normativa che regola le relazioni sociali, quanto e soprattutto all'orizzonte culturale e valoriale che vogliamo abitare. Costruire questo scenario è il compito che oggi ci spetta.



* Professore Ordinario di Filosofia Morale
Università di Messina
Presidente nazionale Associazione Scienza & Vita



CODICE 2 | Scienza & Vita alla FnomCeO

UN'ANTROPOLOGIA FONDATA SUL RISPETTO DELLA DIGNITÀ DELLA PERSONA

di Massimo Gandolfini**

Ll Codice di Deontologia Medica nasce istituzionalmente all'inizio del '900, ma affonda le sue radici, antropologiche e professionali, nientemeno che nel terzo secolo avanti Cristo, con il ben noto giuramento di Ippocrate.

Ottemperando ad una regola non scritta, il Codice viene periodicamente aggiornato, a scadenze temporali assai variabili, come ci indica il suo secolo di storia. L'edizione attuale risale al 2006 ed è dal 2011 che si alzano voci di modifica. Queste si sono concretizzate nel 2013 quando, ad inizio estate, la commissione deontologica della Federazione Nazionale degli Ordini (FNOMCeO), sotto la guida del Presidente nazionale, ha composto ed inviato a tutti gli Ordini provinciali la bozza di un nuovo testo, con la richiesta di eventuali emendamenti.

Già dalla prima lettura, avemmo la sensazione di un testo che – prolisso e ridondante nella forma – mostrava, nella sostanza, un'inaccettabile discontinuità rispetto alla consolidata tradizione dell'arte medica. Senza entrare nel dettaglio dei singoli articoli, la nostra critica si rivolgeva ad alcuni aspetti sostanziali: cancellando quasi ovunque il verbo "deve", cioè il riferimento concreto ed esplicito al "dovere" specifico in carico al medico, in quanto medico, il codice deontologico diventava di fatto un generico mansionario professionale; l'impostazione complessiva che emergeva dal testo era di tipo "contrattualistico", cioè di un rapporto medico-paziente regolato da un contratto stipulato fra un richiedente ed un prestatore d'opera, giungendo al punto di porre a "fondamento" dell'atto medico la libera scelta del paziente. A conferma che non si trattava di una sensazione, ma di una concreta e grave modifica culturale, veniva proposta la cancellazione dell'obbligo del giuramento professionale.

Abbiamo, quindi, svolto un rigoroso lavoro di analisi, articolo per articolo, ed abbiamo formulato una nutrita serie di emendamenti (74, per l'esattezza), che – unitamente ai rilievi critici provenienti da altre associazioni mediche e dai vari Ordini - hanno portato ad una radicale modifica del testo.

Così, nel marzo 2014, la suddetta commissione componeva un nuovo testo, apportando numerose modifiche, di forma e di sostanza, riproponendolo agli stessi soggetti, con il titolo "Bozza Terni".

Pur costando, con soddisfazione, che molti nostri emendamenti erano stati accolti – riportando il testo entro i canoni di un vero codice deontologico, nel contesto di una costruttiva "relazione di cura" fra medico e paziente – abbiamo riformulato un testo di

emendamenti, condiviso e sottoscritto dai medici di quattro Associazioni: Scienza & Vita, Medici Cattolici Italiani, Medicina e Persona, Società Italiana di Bioetica e Comitati Etici.

Questo documento è stato presentato e discusso il 5 Aprile scorso, a Torino, in audizione con la commissione FNOMCeO, cui eravamo stati invitati – insieme ad altri – come rappresentanti di agenzie bioetiche del mondo medico.

Con la necessaria sintesi, ecco gli aspetti ancora critici che abbiamo ritenuto emendare (il virgolettato è il testo da noi proposto)

1. Laddove – nel contesto dei doveri del medico – si affronta il principio di non-discriminazione, esplicitando anche il concetto di ideologia di genere, abbiamo proposto la formulazione, rigorosa e chiara, che la stessa Carta Costituzionale ci consegna all'articolo3; pertanto: "Doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psicofisica, la cura del dolore ed il sollievo della sofferenza, nel rispetto della dignità e della libertà della persona, senza discriminazioni di età, di sesso, etnia, nazionalità, religione od ogni altra condizione personale e sociale". Nel testo proposto si utilizza l'espressione "identità di genere", che rimanda alla "teoria di genere", cioè ad una costruzione culturale di tipo esclusivamente ideologico, priva di ogni fondamento scientifico, e totalmente estranea al mondo medico;
2. In più articoli, affrontando il tema della volontà del paziente precedentemente espressa, abbiamo sostenuto che si utilizzi la formula propria del Trattato di Oviedo (art.9), cioè "tenere conto" di tali dichiarazioni, ma evitando che queste diventino vincolanti per la scelta dell'agire medico. La dichiarazione anticipata del paziente deve costituire un elemento di analisi importante per la decisione circa la condotta terapeutica da attuare, ma non può essere considerata una sorta di clausola contrattuale immodificabile.
3. Sul fronte della procreazione medicalmente assistita, chiesto che si ripristini la formulazione del Codice ancora in vigore, ove si esplicita il concetto di bene del "nascituro", che la "bozza Terni" omette, insieme all'elenco delle metodiche di fecondazione che la legge 40 vieta (fra cui l'incivile pratica dell'utero in affitto).



Abbiamo, pertanto, proposto: “E’ fatto divieto al medico, anche nell’interesse del bene del nascituro, di attuare ed ogni pratica di fecondazione assistita ispirata a selezione etnica e a fini eugenetici” . Ribadire che alcune pratiche fattibili sul piano tecnico, sono inaccettabili sul piano deontologico (si pensi alla fecondazione in età menopausale, alla fecondazione di single o post-mortem del partner, oltre all’utero in affitto) sia appunto “doveroso”

- In più articoli, la classica dizione “secondo scienza e coscienza” è stata sostituita da “convincimenti etici”. Abbiamo proposto di tornare alla prima dizione per molteplici ragioni: è efficace, sintetica, fa riferimento ad un’istanza di grande valore etico, qual è la coscienza, che la stessa Costituzione riconosce e tutela ed è stata – nella storia – talmente apprezzata da essere utilizzata da molte altre discipline. Perché cambiare? Per cancellare il nome stesso di “coscienza”, scomoda argine alla “cultura dei diritti”?
- Un ultima parola circa l’articolo 76, che affronta il tema della medicina potenziativa. Abbiamo stigmatizzato il rischio che – in assenza di limiti chiari e rigorosi – è assai facile sconfinare verso una sorta di medicina dei desideri che giunga fino alla modifica dell’umano (in campo filosofico c’è da tempo chi parla di “transumanesimo” e “liquefazione dell’umano”). Il medico e la medicina non possono ridursi ad essere il braccio operativo della cultura del “capriccio”, che si esige come “diritto”.

Ho cercato di esporre alcuni aspetti, forse i più significativi, ma abbiamo analizzato ed emendato articolo per articolo, guidati dalla bussola culturale che caratterizza le nostre associazioni: una antropologia fondata sul rispetto della dignità della persona, senza qualificazioni di sorta.

Ogni “membro della famiglia umana” (recita il Preambolo della Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo) è titolare di diritti, uguali ed inalienabili – e primo fra tutti il diritto alla vita, che rende fruibili tutti gli altri diritti – che il Codice di Deontologia, espressione laica della professione medica, non può ignorare e neppure cooperare ad affievolire.



GIURAMENTO DI IPPOCRATE

AFFERMO CON GIURAMENTO PER APOLLO MEDICO E PER ESCULAPIO, PER IGIEA E PER PANACEA E NE SIANO TESTIMONI TUTTI GLI DEI E LE DEE, CHE PER QUANTO ME LO CONSENTIRANNO LE MIE FORZE E IL MIO PENSIERO, ADEMIRO' QUESTO MIO GIURAMENTO CHE PROMETTO QUI SCRITTO. CONSIDERERO' COME PADRE COLUI CHE MI INIZIO' E MI FU MAESTRO IN QUEST'ARTE, E CON GRATITUDINE LO ASSISTERO' E GLI FORNIRO' QUANTO POSSA OCCORRERGLI PER IL NUTRIMENTO E PER LE NECESSITA' DELLA VITA, CONSIDERERO' COME MIEI FRATELLI I SUOI FIGLI E SE ESSI VORRANNO APPRENDERE QUEST'ARTE, INSEGNERO' LORO SENZA COMPENSO E SENZA OBBLIGAZIONI SCRITTE, E FARO' PARTECIPARE DELLE MIE LEZIONI E SPIEGAZIONI DI TUTTA INTERA QUESTA DISCIPLINA TANTO I MIEI FIGLI QUANTO QUELLI DEL MIO MAESTRO E COSI' I DISCEPOLI CHE ABBIANO GIURATO DI VOLERSI DEDICARE A QUESTA PROFESSIONE, E NESSUN ALTRO, ALL'INFUORI DI ESSI. PRESCRIVERO' AGLI INFERMI LA DIETA OPPORTUNA CHE LORO CONVENGA PER QUANTO MI SARRA' PERMESSO DALLE MIE COGNIZIONI, E LI DIFENDERO' DA OGNI COSA INGIUSTA E DANNOSA, GIAMMAI MOSO DALLE PREMIOSE O CON UOMINI SIA LIBERI CHE SERVI, E TUTTO QUELLO CHE DURANTE LA CURA ED ANCHE ALL'INFUORI DI ESSA AVRO' VISTO E AVRO' ASCOLTATO SULLA VITA COMUNE DELLE PERSONE E CHE NON DOVRA' ESSERE DIVULGATO, TACERO' COME COSA SACRA. CHE IO POSSA, SE AVRO' CON OGNI SCRUPOLO OSSERVATO QUESTO MIO GIURAMENTO SENZA MAI TRASGREDIRLO, VIVERE A LUNGO E FELICEMENTE NELLA PIENA STIMA DI TUTTI E RACCOLGERE COPIOSI FRUTTI DELLA MIA ARTE. CHE SE INVECE LO VIOLERO' E SARO' QUINDI SPERGIURO POSSA CAPITARMI TUTTO IL CONTRARIO.

** Primario neurochirurgo e Neuropsichiatra
Direttore Dipartimento Neuroscienze
Poliambulanza Brescia
Vicepresidente nazionale Associazione Scienza & Vita*



CODICE 3 | Alla base deve esserci il rapporto medico-paziente

NESSUN CODICE PUÒ NORMARE TOTALMENTE LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

di Gemma Migliaro *

Vede la luce un nuovo Codice di deontologia dei medici. E' il frutto di un lungo e a tratti estenuante lavoro iniziato nell'estate di due anni fa. Fra le molte considerazioni e osservazioni che si potrebbero fare se ne scelgono due .

Una modifica rilevante ha riguardato l'identificazione semantica del "soggetto" cui si rivolge l'operato del medico: dove c'era il "paziente" ora c'è la "persona assistita". Secondo A. Bianco presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici il termine "persona assistita" non identifica il malato (in ospedale o in ambulatorio), ma "una persona con un'identità morale, culturale e civile". Egli sostiene che la scelta di sostituire il termine paziente nel nuovo codice deontologico è maturata con l'intenzione di cogliere meglio il senso dell'attuale sfida della medicina. Questa consiste, sempre secondo Bianco, non solo nella cura al malato, ma anche nella promozione della salute e della persona.¹ Insomma dobbiamo prendere atto che il compito del medico si amplia e di molto. Già Hans Jonas aveva sostenuto che l'arte medica aveva aggiunto al suo bagaglio un altro aspetto « che [...] è venuto ad affiancarsi, come conseguenza dello sviluppo sociale e tecnico, all'immagine tradizionale, spostando il medico dal ruolo di guaritore a quello di artista del corpo con scopi da definirsi. Se abbiamo detto che la regola per determinare le finalità dell'arte medica è la natura, ora bisogna aggiungere che oggi anche fini che vanno al di là di tale regola, persino quelli che gli vanno contro, reclamano per sé l'arte medica, e alcuni medici sono *de facto* al loro servizio». ² La medicina, da tradizionale "arte di guarire" basata sulla facoltà di giudizio riguardo al singolo paziente e sulla cura generale della persona è oggi diventata "tecnica medica", cioè "normalizzazione della malattia e cura del solo corpo". Possiamo qui osservare come Jonas avesse intravisto ciò che ora si sta verificando: l'esistenza cioè di una "medicina per i malati" e una "medicina per i sani". L'introduzione del nuovo articolo 76 "Medicina potenziativa ed estetica" ne rappresenta la dimostrazione. In esso si prefigura la valutazione dell'opportunità deontologica di effettuare interventi medici il cui unico scopo sia il potenziamento delle fisiologiche capacità psico-fisiche dell'individuo.

La modifica terminologica apportata al codice deontologico attesta e sancisce anche questo ampliamento degli scopi della professione senza che su di essi però sia stata effettuata una attenta valutazione critica . Si vuole qui sostenere che non sempre "tutto quello che si può fare di deve fare "e soprattutto che per il fatto che "si può fare" non necessariamente rappresenta un bene, un miglioramento per la persona e la società. Verrebbe allora a perdere di significato e utilità una deontologia medica perché «se bastasse la sola volontà ad istituire un valore allora non ci sarebbe bisogno di alcuna argomentazione: ogni scelta determinerebbe di fatto un bene morale, un valore». ³

La seconda osservazione riguarda gli aspetti più propriamente deontologici nel senso di "norme che regolano la Professione" perché questa è la funzione di un Codice. E' indubbio che il lavoro sulle modifiche alle due bozze succedutesi, svolto dai Consigli Provinciali ma anche da bioeticisti , giuristi , filosofi con ampia risonanza mediatica, ha rappresentato una grande occasione per molti per "ripensare " ai contenuti della professione medica. Dobbiamo dare atto che ha rimesso in moto la riflessione personale dei medici, il lavoro di approfondimento in alcuni Consigli, la discussione mediatica e non solo fra addetti ai lavori. Ha messo però in ombra la riflessione su un'altra e non meno determinante funzione del Codice: quella di essere un insieme di regole vincolanti per la professione medica che indicano cioè i diritti ma anche i doveri del medico. Pochi hanno ricordato che negli Ordini si svolgono i cd "Procedimenti Disciplinari" e che ogni Ordine provinciale può comminare sanzioni che vanno fino alla radiazione dall'albo professionale . Questo è accaduto anche perché da alcuni anni diritti e doveri del medico vengono spesso stabiliti dalla Magistratura attraverso sentenze . Si rivolgono alla Magistratura le "persone assistite" a vario titolo scontente dell'operato del medico, spesso con uno scopo meramente risarcitorio ma anche coloro che pretendono prestazioni che la buona pratica clinica, supportata da corpose dimostrazioni scientifiche, ha loro negato In conseguenza di ciò la pratica della medicina difensiva avanza anche in Italia a grandi passi. Inoltre la progressiva aziendalizzazione della sanità , finalizzata ad un doveroso risparmio di risorse, ha caricato i medici di incombenze gestionali e amministrative, compiti cui nessuna università li aveva preparati.

¹ Cfr. dichiarazione di A. Bianco all'ADN Kronos Salute 21 agosto 2013.

² H. Jonas, *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*

³ A. Pessina, *Eutanasia*



Ebbene, la nuova stesura del Codice sembra voler fornire un "riparo" a tutto questo. Dettagliando e normando molte pratiche e procedure mediche ma anche organizzativo-gestionali sembra offrire una maggior tutela al medico e quindi al paziente.

Ma nessun codice potrà mai normare totalmente la responsabilità professionale che si esplica nella relazione medico paziente.

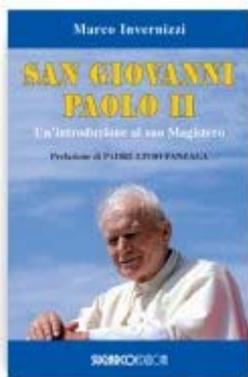
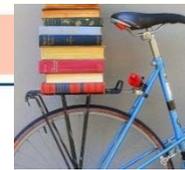
La modifica dell'articolo 22, fin dal titolo (da "Autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica" a "Rifiuto di prestazione professionale") evidenzia come, per una giusta esigenza di tutela dei "diritti" del medico e della persona assistita, si sia pericolosamente ridotto lo spazio della responsabilità personale. (riducendo tra l'altro la "coscienza" a "convincimenti etici"). A. Pessina a riguardo della responsabilità professionale sostiene che «possiamo esprimere questa tesi ponendo a tema la responsabilità umana e non soltanto professionale del medico. Non si è forse riflettuto abbastanza sul fatto che l'azione del medico lo coinvolge umanamente, anche qualora volesse estraniarsi psicologicamente dalla situazione, affidandosi alle regole impersonali della buona prassi medica, o restando formalmente fedele alla deontologia.[...]. C'è un livello, invisibile agli occhi altrui, della professione medica che ha che fare con la coscienza personale del medico come uomo, come soggetto che costruisce la propria identità personale, come colui che, al pari di ogni suo simile, si guarda ogni mattina allo specchio e fa un bilancio del proprio esistere...»⁴ Se poi affrontiamo il tema dei diritti (che da solo richiederebbe una trattazione per l'onnipresenza di questo termine nella prassi sanitaria quotidiana) sempre lo stesso autore ci aiuta a chiarire che: «Il *diritto* si pone come espressione di una relazione: non ci sono, propriamente parlando, diritti individuali che non siano anche diritti relazionali, perché affermare un diritto significa sempre avanzare una richiesta verso *altri*. Da questo punto di vista, perciò i *diritti dei malati* non sono altro che l'espressione dei diritti dell'uomo dentro la situazione della malattia. La malattia, la sofferenza, il dolore, infatti, sono aspetti della condizione umana e non determinano categorie di uomini o di funzioni sociali (come per esempio, invece, l'essere medico o l'essere insegnante): i diritti alla cura, alla promozione della qualità dell'assistenza sanitaria, pertanto, sono tutti espressioni del più basilare diritto alla vita.»⁵



* Dirigente medico presso E. O. Ospedali Galliera,
Genova
Presidente Associazione Scienza & Vita Genova

⁴ A. Pessina, *Curare e prendersi cura*, cit.

⁵ A. Pessina, *Eutanasia*



SAN GIOVANNI PAOLO II Un'introduzione al suo Magistero

Marco Invernizzi
SugarCo (2014), pagg. 288, ISBN: 8871986725, € 18,50

di Chiara Mantovani *

Sono certa che l'intento principale di Marco Invernizzi, nello scrivere il suo libro "San Giovanni Paolo II", fosse quello di invogliare il lettore a prendere personalmente in mano il ricco, sontuoso e prezioso magistero del novello santo. Eppure il libro di Marco è così ben fatto ed organizzato, così denso di riferimenti decisivi per la comprensione del quadro in cui collocare quel magistero, così scorrevole nella lettura, che più di un lettore potrebbe sentirsi appagato.

Bisogna vincere questa tentazione, GPII è il papa, ora santo, che ha segnato troppo in profondità il passaggio di secolo e di millennio, per accontentarsi di qualsivoglia – anche validissima - scorciatoia. Ecco allora che il testo di Invernizzi sarà un amico prezioso, da riprendere e da rileggere, anche per chi già conosce e ama questo papa, il suo insegnamento e il come lo ha proposto al mondo.

Organizzato in agili capitoli, che prendono spunto e analizzano i documenti principali del magistero giovanpaolino, il libro è corredato da una preziosa "Cronologia di un Pontificato": quello che occorrerebbe ad ogni buon testo scolastico di storia e filosofia. Che cosa succede, intanto che un Papa scrive un documento? È importante e illuminante saperlo, perché GPII – anche lui, come ciascuno dei suoi predecessori, come ogni buon pastore – non prescinde mai dalla realtà che lo circonda. È questa realtà, le necessità della fede, ma anche della vita quotidiana di ogni persona del mondo, che gli stanno a cuore, che desidera ardentemente siano illuminate dalla potenza salvifica del Redentore dell'uomo.

Lo scritto di Invernizzi ha anche questo grande pregio: mostrare come gli atti di un pontificato siano certamente frutti della fede, ma anche della prudenza come virtù somma di governo, quella virtù cardinale che sa distinguere nelle circostanze concrete il vero bene e i mezzi per perseguirlo.

Ecco che alla luce del suo magistero, ben analizzato e compreso, san Giovanni Paolo II è stato davvero protagonista di una storia epocale, composta da atti

talvolta eclatanti e definiti "storici", come da sconosciuti ma non meno efficaci gesti di generoso abbandono alla volontà di Dio attraverso Maria Santissima.

Non è stato facile scegliere i capitoli, ovvero i documenti da evidenziare: "Avevo intenzione di scrivere un testo soltanto sui documenti del Magistero, ma mi sono accorto che questo non era possibile perché alcuni avvenimenti della vita del Pontefice e alcuni accadimenti epocali sono stati troppo significativi al fine di comprenderne l'insegnamento", scrive l'autore in una avvertenza ad inizio volume.

Nessuno poteva farlo meglio di lui, che in tanti anni – dal 1989 fino alla morte di papa Wojtyła - ha proposto con cadenza settimanale dai microfoni di Radio Maria una rubrica su quegli insegnamenti.

E questo volume, come le trasmissioni radiofoniche, altro scopo non avevano e non ha se non quello di far amare oltre alla persona di san Giovanni Paolo anche il suo Magistero, segno eloquente di quella pedagogia divina che nulla fa e nulla insegna se non per il bene di ogni uomo e di tutto l'uomo.



* Consigliere Nazionale Ass. Scienza & Vita
Presidente Associazione Scienza & Vita Ferrara



I risultati di due ricerche in Gb e Canada

ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI C'É MOLTO ANCORA DA FARE

di Iliaria Nava*

La maggioranza delle persone che muore negli ospedali inglesi non viene avvisato che sta vivendo le sue ultime ore di vita, anche se i medici lo sanno, ai parenti non viene fornito un supporto adeguato e le cure palliative non sono sempre garantite, soprattutto nei fine settimane. Sono questi i risultati di un'indagine condotta in Gran Bretagna dal Royal College of Physicians in 149 ospedali inglesi. La ricerca, pubblicata a metà maggio, si è svolta in collaborazione con il Marie Curie Palliative Care Institute di Liverpool, il Marie Curie Cancer Care e il National Health Service, ed è basata su dati raccolti dal 1 al 31 maggio del 2013 su 6.580 persone in stato terminale. Secondo i risultati, nel 87% dei casi i medici e gli infermieri erano consapevoli che il paziente sarebbe deceduto entro pochi giorni, ma questa informazione è stata comunicata solo a meno della metà (48%) di coloro che erano in grado di intendere e di volere. La verità, nel 93% dei casi, è stata detta ai parenti in media solo 31 ore prima della morte. "Non è qualcosa che si deve far sapere a tutti – ha spiegato al Guardian Richard Berman, esperto in medicina palliativa presso l'Ospedale Christie di Manchester, commentando i dati - Il miglior modo di affrontare queste situazioni è dare al paziente l'opportunità di conoscere ciò che gli sta accadendo". Commentando il rapporto, Berman è entrato nei particolari, consapevole di quanto sia importante formare la classe medica su questi temi: "Il medico, o qualcun altro del servizio cure palliative, farà una domanda ampia, in maniera molto delicata, ad esempio 'Come le sembra che stiano andando le cose?'. Il paziente potrebbe rispondere: 'Io non sono sicuro che stiano andando molto bene'. Questo dà al medico la possibilità di chiedere: 'Vuole che le spieghi meglio cosa sta succedendo?'.

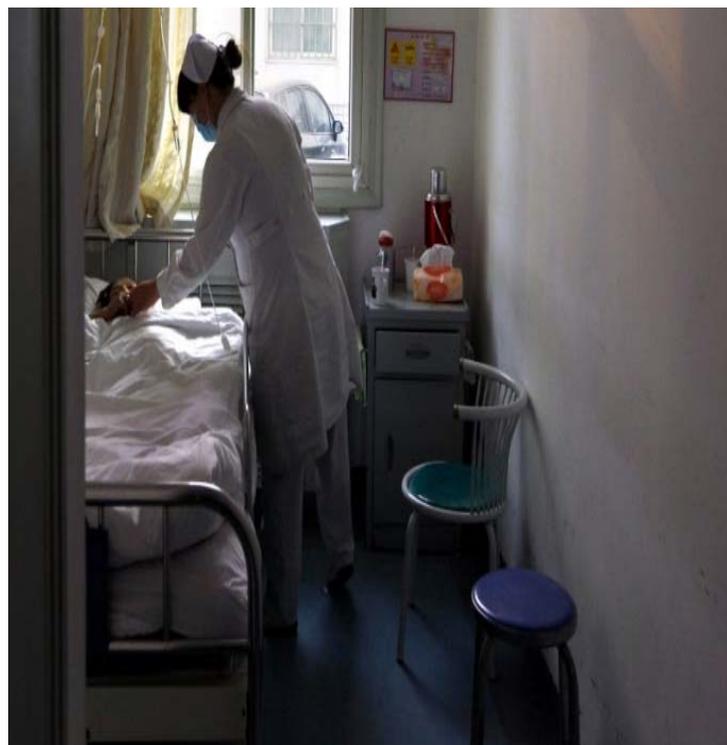
Deve essere un processo graduale: "Non c'è mai un'affermazione 'bomba' che non si aspettano. Non ogni paziente vuole sentire di più, in questo caso, la conversazione si ferma lì".

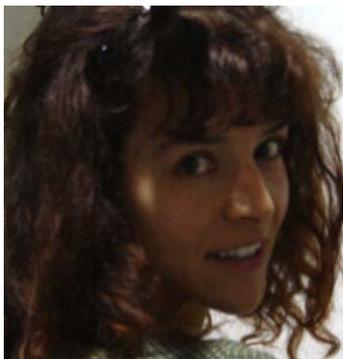
La ricerca ha evidenziato una carenza di formazione nel personale medico e infermieristico nella cura del fine vita: quasi la metà delle strutture (47%) non ha nominato una persona responsabile di questo ambito specifico. Le cure palliative sono sempre garantite solo nel 21% delle strutture. La maggior parte degli ospedali (73%) fornisce un servizio diretto in questo ambito solo durante la settimana. Nonostante sia prevista a livello nazionale, una formazione obbligatoria per medici e infermieri sull'accompagnamento al fine vita è stata erogata solo nel 19% delle strutture. L'82% aveva fatto negli anni passati qualche iniziativa di formazione in questo ambito, mentre il 18% non ne ha mai fatte. Per quanto riguarda i familiari, solo il 39% ha riferito di essere stato coinvolto nella decisione fornire idratazione assistita negli ultimi due giorni di vita del paziente. Il 55% di chi è stato coinvolto in questo confronto, l'ha considerato utile. Il 63% ha riferito che il livello complessivo di sostegno emotivo dato loro dai sanitari era buono o eccellente, mentre il 37% l'ha trovato inadeguato. I medici inglesi si interrogano, quindi, sulla gestione del fine vita proprio mentre il Consiglio d'Europa ha reso noto un documento, redatto dal Comitato di bioetica, dal titolo "Guida sui processi decisionali relativi ai trattamenti medici nelle decisioni di fine vita" in cui si richiama l'importanza delle cure palliative.

E sui disservizi degli ospedali verso i malati terminali, soprattutto nel fine settimana, è uscito a metà maggio uno studio sulla rivista *European Respiratory Journal* compiuto da ricercatori della Lady Davis Institute del Jewish General Hospital e dalla McGill University di Montreal, in Canada che hanno analizzato le cartelle di 300mila persone, di età superiore ai 50 anni, ricoverati tra il 1990 e il 2007.



Precedenti studi avevano già identificato l'effetto "fine settimana", secondo cui i pazienti ricoverati durante il fine settimana hanno un aumentato rischio di morte. Ma questa ricerca analizza un altro fenomeno, ossia se i pazienti che hanno soggiornato in ospedale durante il fine settimana, indipendentemente dal giorno del ricovero, registrano un tasso di mortalità superiore. I risultati hanno dimostrato che, indipendentemente da quando i pazienti sono ricoverati in ospedale, se rimangono nel fine settimana il rischio di morte è aumentato. Infatti, durante i giorni feriali della settimana il tasso di mortalità è di 80 su 10mila al giorno. Il venerdì aumenta del 5%, con 4 decessi in più in media rispetto ai giorni feriali. Il sabato e la domenica si registra un incremento del 7% rispetto agli altri giorni della settimana. Secondo i ricercatori i risultati suggeriscono quindi che l'aumento del rischio di morte sia dovuto ad una ridotta qualità delle cure, o l'accesso ridotto a cure di alta qualità durante il fine settimana, effetto che sembra iniziare già di venerdì.





Lo strano codex prandellianus

CODICE ETICO E CONVOCAZIONI DOVE FINISCE LA CORRETTEZZA?

di Giulia Galeotti*

«**H**o visto e rivisto l'azione di Chiellini: per me non è un gesto violento. Se mi aspetto critiche per questa mia decisione? Sono quattro anni che sul codice etico ci sono polemiche».

**Cesare Prandelli all'Ansa
12 maggio 2014**

Breve premessa per i non esperti di calcio. Nel tardo pomeriggio di domenica 11 maggio, allo stadio Olimpico, si è giocata Roma-Juventus, partita assolutamente irrilevante ai fini del campionato (giacché la squadra torinese aveva già in tasca lo scudetto), ma comunque molto significativa per gli amanti del pallone. Scongiorati gli scontri tra tifoserie, le scorrettezze non sono invece mancate in campo. Tra queste, la più eclatante è stata sicuramente la gomitata al naso che lo juventino Giorgio Chiellini, non visto dall'arbitro, ha elargito al romanista Miralem Pjanic. L'indomani, come già accaduto per episodi simili avvenuti nei mesi di campionato, il giudice sportivo – avvalendosi della prova televisiva – ha comminato tre giornate di squalifica al giocatore della Juventus. Fin qui, dunque, tutto nella regola. Altra premessa indispensabile. Nel 2010, da poco ingaggiato come commissario tecnico della nazionale italiana di calcio, Cesare Prandelli introdusse una novità di cui si parlò molto: un codice etico in base al quale i calciatori che si fossero resi protagonisti di azioni aggressive e/o antisportive non sarebbero stati convocati. “Il codice etico non è un codice scritto, ma è una norma di buonsenso che ci siamo dati tra di noi per mantenere un certo comportamento”, spiegò Prandelli. E la norma, effettivamente, è stata da lui più volte applicata.

Del resto, si sa, purtroppo i giocatori in campo non sempre danno grandi manifestazioni di

correttezza. In tanti si sono quindi chiesti se, nell'imminenza del mondiale, il commissario tecnico avrebbe mantenuto fede al suo proposito. Assolutamente sì: “il codice etico – ha ribadito Prandelli in conferenza stampa lo scorso 16 aprile – sarà in vigore anche nell'ultimo mese, chi sbaglierà dovrà pagare. Sono stanco, stufo di certi atteggiamenti, li vediamo solo dalle nostre parti. Chi sbaglierà vorrà dire che non saprà reggere la pressione di un Mondiale. Non si può prevaricare l'avversario con gomitate e cazzotti”. Precisando che “gesti, gomitate e cazzotti” fanno male al calcio. Tutto falso.

Nell'Italia di Prandelli, evidentemente, Giorgio Chiellini è un giocatore talmente chiave che il commissario tecnico si è trovato “costretto” a inventare una nuova figura etico-calcistica-comportamentale. Quella della gomitata non violenta.

Tra le critiche che, dalla sua nascita, accompagnano il codex prandellianus, c'è anche l'accusa della sua intrinseca inutilità. Che ciò fosse vero, però, l'ha sancito ufficialmente il suo stesso inventore.

Peccato davvero perché di codici etici questo Paese ha veramente bisogno. Lasciare a casa Chiellini avrebbe davvero migliorato il nostro calcio. E la società tutta. Una mancata convocazione per un mancato rispetto di una regola condivisa, sarebbe stato veramente un bell'esempio per tutti.

Specie per giovani e giovanissimi che di regole non vogliono sentire parlare. Ma di pallone sì.



* Giornalista



La rappresentazione di un'autorità cinica abbassa le difese

È UN CERTO ESERCIZIO DEL POTERE CHE UCCIDE LA SPERANZA

di **Andrea Piersanti***

Potere e codice deontologico sono due amanti riluttanti destinati ad un difficile matrimonio. Nell'era del relativismo culturale e del conformismo ideologico, in un momento in cui un ragazzo vestito da donna, ma con la barba, vince una gara internazionale di musica leggera, possiamo veramente aspettarci di tutto. Ogni giorno la nostra etica è sottoposta ad un bombardamento impressionante. Pubblicità, televisione e cinema fanno a gara per togliere certezze alla nostra visione esistenziale, per smussare gli angoli della morale, per moltiplicare le verità (con la v in minuscolo), per confonderci le idee. Se negli ospedali si decidesse di affrontare il tema del codice deontologico dei medici e del personale senza tenere conto quindi del difficile contesto nel quale viviamo, il dibattito risulterebbe monco, troncato a metà. I codici, infatti, devono essere applicati da esseri umani, devono essere inseriti nella realtà della storia. Ogni giorno, nelle corsie e al capezzale dei malati, i medici e i loro assistenti si trovano a dover mediare i risultati della loro lunga preparazione scientifica con il proprio carattere personale, un carattere e un'attitudine alle relazioni umane che si sono formati anche davanti alla tv o sullo schermo di un pc. L'industria dell'intrattenimento mondiale non può rimanere fuori dalla discussione. Si deve tenerne conto e fornire agli addetti ai lavori del pianeta sanità, insieme con le carte deontologiche, anche gli strumenti critici per capire a quali stressanti pressioni culturali la loro dimensione etica viene sottoposta ogni giorno. I temi sono tanti e l'analisi rischia di essere eccessivamente densa. Si può cominciare parlando del concetto di potere. I medici sono consapevoli di esercitare un potere. Decidono una terapia invece di un'altra. Dispongono per un trattamento invece di un altro. Anche quando non vorrebbero, finiscono per guardare i pazienti e i loro parenti dall'alto di una posizione gerarchica innaturale. In questi anni la tv ci propone l'immagine del potere in un'accezione negativa che sembra non avere un corrispettivo positivo. Alcune settimane fa, Sky ha riempito le principali città italiane con alcuni manifesti di grande formato. Pubblicizzava la nascita

di un nuovo canale tv dedicato ai serial americani. Sulle gigantesche affissioni campeggiavano i volti dei protagonisti di tre serie diverse: Daenerys Targaryen, (Emilia Clarke), la madre dei draghi di "Game of Thrones" (il potere per discendenza dinastica), Frank Underwood (Kevin Spacey), il politicante di "House of cards" (il potere dell'ipocrisia e della menzogna) e Enoch "Nucky" Thompson (Steve Buscemi), il gangster di "Boardwalk Empire" (il potere delle armi). Sono le tre facce del potere secondo la televisione. In questi giorni, a completare il quadro, lo stesso canale sta proponendo anche una serie italiana, "Gomorra", dedicata alle vicende losche, violente e tragiche della vita di alcuni camorristi di Scampia a Napoli. Niente di nuovo, verrebbe da dire. I gangster movie hanno sempre avuto un loro pubblico. Il dato sconcertante è che nel dopoguerra, insieme con i film dedicati ai malfattori di varia natura e estrazione, c'erano anche le opere di un grande regista come Frank Capra. Film come "La vita è meravigliosa" o come "Mr. Smith va a Washington". L'idea del potere (del denaro o della politica) era organizzata e raccontata insieme con una robusta dose di anticorpi. La visione morale di Capra non ha mai escluso la dimensione antropologica. Nei suoi film, il potere, per quanto negativo, non veniva mai lasciato da solo sulla scena come una sorta di moloch, un nuovo idolo da venerare, come se mammona avesse realmente sostituito il vero Ideale al quale tendere. Oggi, invece, questi anticorpi sono scomparsi dalla scena. Come Mosè disceso dal monte, veramente ci ritroviamo di fronte ad uno spettacolo sconcertante. Nelle serie tv di grande successo, il potere occupa l'intera scena. Si uccide, si ruba, si mente per il potere. Uno spettacolo che si insinua anche nel nostro inconscio. Di fronte alla cronaca dell'ennesimo scandalo della corruzione politica (i fatti di Milano all'Expo), un alto funzionario della Guardia di Finanza ha scosso la testa sconsolato. "Dopo Tangentopoli pensavamo di aver sgominato non solo una banda del malaffare ma anche e soprattutto un modo di pensare. Invece gli abbiamo solo fatto pubblicità e la corruzione, invece di diminuire, è addirittura aumentata", ha detto ad alcuni amici. La stessa cosa succede con l'offensiva di certe serie tv.



La rappresentazione insistita di un potere spietato e cinico, amorale per definizione, finisce per abbassare le nostre difese immunitarie. Alcuni gesti e alcune espressioni del viso (dure e disumane) entrano indisturbate nel nostro immaginario. Succede anche ai medici? Sarebbe interessante analizzarlo. Certe volte il dubbio sorge spontaneo. Basterebbe guardare il volto disfatto di parenti e pazienti, dopo il colloquio con alcuni dottori. Secondo gli psicologi, ma non solo per loro, la speranza è la migliore medicina del mondo. Un certo esercizio del potere da parte dei medici (e anche da parte del personale sanitario) invece uccide la speranza. Troppo spesso la diagnosi è calcolata da una distanza infinita, quella del piedistallo di un potere "professionale" che ha poco a che fare con l'antropologia aperta al Mistero. Televisione, cinema e pubblicità hanno le loro responsabilità. Ai medici andrebbe prescritta, come terapia per rafforzare le loro difese immunitarie, l'umiltà paziente e amorevole di certi film di una volta. Per un codice deontologico più vicino alle vere esigenze delle persone che soffrono, che chiedono aiuto, che sperano nella misericordia e che non sanno che farsene di un potere freddo, oscuro e fine a sé stesso.



** Giornalista,
Docente di Metodologia e Critica dello spettacolo
Università "Sapienza", Roma*